责任编辑：黄晶
美编：蔡云龙
电话：010-58302828-6858
E-mail：ysbhuangjing@163.com
医师报 2024年10月17日

EACTS 会议速递

2024年欧洲心胸外科协会（EACTS）第38届年会在葡萄牙里斯本召开

冠脉临界病变外科搭桥又出新标准

医师报讯（通讯员 **颜文龙**）10月9~12日，2024年欧洲心胸外科协会（EACTS）第38届年会在葡萄牙里斯本召开。今年大会主题为“远征新边界”，意在聚焦心胸外科的开拓创新、探索发现和薪火相承。

此次会议上，**青岛大学附属医院心脏中心主任、心血管外科主任、大外科副主任杨苏民教授**团队的新研究在大会进行专场发言，展现了中国学者风采。研究结果显示，与经冠脉造影（CAG）相比，冠脉定量血流分数（QFR）指导策略明显降低了动脉桥血管衰败率，对于手术的长期预后具有重要的参考价值。

关联阅读全文 扫一扫

研究简介

研究纳入530例患者，接受孤立性冠脉旁路移植术（CABG，俗称“搭桥”）的成年患者进行不停跳CABG，患者CAG检查必须至少存在1支冠脉参考管径≥1.5 mm且狭窄在50%~70%，按1∶1随机分配分为QFR组（264例）和CAG组（266例）。如QFR ≤0.80，则对靶血管实施CABG；CAG组对狭窄≥50%的所有冠脉靶血管实施CABG。两组患者基线匹配良好，术后1年主要终点随访率100%，术后1年冠脉CT血管造影完成率99.1%。

研究结果显示，两组间主要不良心脑血管事件（MACCE）事件发生率（HR 0.755，95%CI 0.449~1.269，P=0.288）及各组成事件发生率均无显著性差异。对动脉桥血管进行分析，在血管水平，QFR指导组的桥血管衰败率低于CAG指导组（3.4%与7.7%，P=0.026），在患者水平的桥血管衰败率存在同样的趋势（3.4%与8.0%，P=0.025）。就静脉桥而言，在血管水平及患者水平两组之间均未观察到差异。

如果将左乳内动脉移植到QFR＞0.80和QFR ≤0.80的前降支动脉上，则QFR＞0.80组的桥血管衰败率明显高于QFR ≤0.80组（16.7% 与 3.9%，P＜0.001），且QFR＞0.80组的MACCE发生率明显高于QFR ≤0.80组（HR 2.349，95%CI 1.106~4.989，P=0.026）。

杨苏民教授团队成员颜文龙医师在大会现场

研究者说

探索冠脉定量血流分数在冠脉旁路移植术中的参考价值

杨苏民 教授

目前，对冠脉临界病变是否同期行CABG仍然是个有争议的话题，CAG仍是评估冠脉狭窄严重程度的“金标准”，这一评估手段在数十年来都是先进的，但是随着时代的发展，“精准医疗”理念的提出，其缺点也逐渐显现，其在对冠脉临界病变的危险分层、改善预后方面价值有限。

在冠脉介入领域，冠脉功能学指导策略已经取得了优于CAG指导策略的临床结果，而在外科血运重建方面，冠脉功能学相关的临床研究仍然较少，尤其缺乏随机对照试验来进一步揭示功能学策略在冠脉临界病变外科血运重建中的价值。基于以上研究背景，我们设计了此单中心的随机对照临床试验。

研究结果显示，QFR与CAG指导冠脉临界病变血运重建对手术后1年主要心脑血管不良事件发生率无差异。但是，QFR指导策略明显降低了动脉桥血管衰败率。然而，在接受左乳内动脉－前降支的CABG患者中，术前前降支动脉QFR＞0.80与1年时较高的桥血管衰败率和较差的临床预后相关。

让难治性高血压不再“难治”

▲ 天津康汇医院高血压科 李玉明 杨宁

关联阅读全文 扫一扫

难治性高血压的发病机制复杂，心血管风险高，并发症严重，及时、规范的诊断和治疗是改善预后的关键。在确定难治性高血压之前，首先要排除假性难治，随后还应排查及去除继发性因素。近年，难治性高血压无论是药物治疗还是手术治疗都有创新突破，未来可期。

李玉明 教授

杨宁 教授

不可忽视的假性难治

在应用了包括利尿剂的至少3种降压药（**最大剂量或最大耐受剂量**）治疗后，诊室血压仍高于目标值，或使用4种及以上降压药时诊室血压达到目标值，则可初诊为难治性高血压。难治性高血压的定义是人为设定的，国内外高血压指南、共识对于难治性高血压的定义有所差异，但总原则是在确定诊断之前，首先需要排除一些常见的假性难治因素。即从依据诊室血压水平来判定的“表观难治性高血压”中，筛选出真正的“难治”（**真性难治性高血压**）的患者。排除假性难治，可以避免不必要的检查和治疗。

有研究显示，表观难治性高血压、假性难治性高血压和真性难治性高血压的患病率分别为14.7%、10.3%、10.3%。对假性难治因素应予以特别关注。

在患者方面，生活方式的改善，知易行难；在医生方面，当一位患者血压难以控制时，大多数医生的第一个想法就是“如何调药”，而对帮助患者改进不良生活方式常常关注不够。减盐、控制体重、运动、限制饮酒、改善睡眠和心理因素等，都有助于血压的控制，需善加应用。

生活方式改善为血压带来的净获益是单纯药物治疗不能比拟的。虽然不会立竿见影，但却是润物细无声，从多个机制上有助于降压。正确的血压测量、患者服药依从性以及是否正在服用导致高血压的药物等，都影响血压控制效果。

重视血管功能和靶器官损害评估

难治性高血压患者常合并血管功能异常和亚临床靶器官损害。应进行超声心动图、尿蛋白/尿微量白蛋白检测、四肢血压测定（**计算踝臂指数**）和眼底检查来评估亚临床靶器官损害。

有条件的中心还可酌情进行肱动脉血流介导的内皮舒张功能检测、肱踝脉搏波传导速度、颈股脉搏波传导速度等内皮功能和血管功能检查。针对血管功能、心脏功能、肾脏功能、眼底病变等的综合评估有利于判断患者病情、指导治疗、评估预后。

警惕继发性高血压

对于难治性高血压的患者，在排除假性难治因素后，还应进一步排除继发性原因导致的难治性高血压。研究显示，在难治性高血压中，阻塞性睡眠呼吸暂停占比超过30%，肾脏实质病变占比2%~10%，肾血管疾病占比2.5%~20%，原发性醛固酮增多症占比6%~23%，甲状腺疾病占比1%~3%，其他少见继发性因素如库欣综合征、嗜铬细胞瘤和主动脉缩窄等，占比均＜1%。

在筛查继发性因素过程中，应在综合考虑患者疾病线索前提下，遵循由常见病因到少见病因，多因素可并存原则。存在继发性因素的患者，在解决了继发性因素后，仍有部分患者表现为难治性高血压，但其血压水平会有降低，有利于后续治疗。

治疗方法有所创新

新药的研发为难治性高血压治疗提供了更多手段。在肾功能允许的情况下，难治性高血压患者应接受螺内酯治疗。近几年，针对不同机制的药物研究取得了令人鼓舞的进展，包括双重内皮素A/B受体拮抗剂、醛固酮合成酶抑制剂、非甾体类选择性MRA非奈利酮等。基于遗传学和其他生物标志物的个体化药物治疗可能是未来的发展方向之一。

交感神经过度激活在高血压发病中起重要作用。近几年，随着一系列临床研究结果的公布，作为一种新兴的高血压微创疗法，经导管去肾交感神经术（RDN）成为高血压领域的热点。已有众多研究证实RDN治疗难治性高血压的有效性和安全性，治疗器械也在不断更新迭代，为RDN提供了更好的前景。